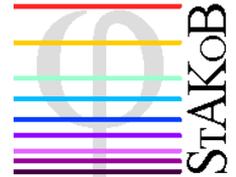


## Empfehlung des STAKOB zum Umgang mit von Ebolafieber klinisch geheilten Patienten, bei denen ophtalmologische Eingriffe geplant sind



**Hintergrund** : Der Fallbericht von Varkey et al 2015 beschreibt einen Patienten mit kompliziertem Verlauf von Ebolafieber, der 14 Wochen nach Ebolafieber-Erstdiagnose unter linksseitigen Augenbeschwerden mit Halos, Schmerzen und Photophobie klagte. Es wurde ein mit 44mmHg deutlich erhöhter intraokulärer Druck gemessen sowie in der Spaltlampendiagnostik konjunktivale Injektionen und ein Kornealödem gezeigt. Die Diagnose einer anterioren Uveitis und okularen Hypertension wurde gestellt sowie eine Therapie mit Kortikosteroiden eingeleitet. Als sich nach weiteren 3 Tagen die Entzündungssymptomatik des Auges verstärkte, wurde eine Parazentese der Augen-Vorderkammer vorgenommen und 170 µl Kammerwasser aspiriert. Das Kammerwasser war sowohl PCR (CT – Wert 18,7) – als auch in der Viruskultur auf Ebolavirus (EBOV) positiv. Abstriche der Bindehaut und von Tränenflüssigkeit waren EBOV-PCR-negativ. Nach weiterer klinischer Verschlechterung der Augenbeschwerden erbrachte eine Therapie mit topischem Difluprednat, Favipiravir p.os. über 21 Tage, periokulärer Injektion mit Tramcinolon und 10-wöchiger p.os. Gabe von Prednisolon mit allmählicher Dosisausschleichung Besserung. Bereits zuvor konnte in Studien eine auf EBOV positive PCR für Konjunktivae (bis Tag 22 nach Symptombeginn) und Tränenflüssigkeit (bis Tag 6 nach Symptombeginn) gezeigt werden, jedoch kein Nachweis von lebendem Virus mittels Viruskultur (Kreuels 2014, Rodriguez 1995, Rowe 1999, Bausch 2007). Sowohl bei an Ebola – als auch an Marburgfieber Erkrankten konnten darüber hinaus Augenschmerzen während der Rekonvaleszenz gezeigt werden (Kibadi 1999, Gear 1975, Kuming 1977), bei Marburgfieber konnte in einem Fallbericht 3 Monate nach der klinischen Genesung und danach aufgetretenen Augenbeschwerden bereits Marburgvirus aus dem Kammerwasser kultiviert werden (Kuming 1977). In einer US-amerikanischen Fachzeitschrift für Augenärzte wird aktuell explizit auf die Problematik hingewiesen (Gelder 2015).

### Empfehlung:

Chirurgische Eingriffe am Auge, einschließlich minimal-invasiven Eingriffen und Punktionen, sollten bei Patienten mit Z.n. Ebolafieber – Erkrankung<sup>1</sup> nur nach Abstimmung mit einem Behandlungszentrum des [STAKOB](#) vorgenommen werden.

<sup>1</sup> Wenn bei einem Patienten nicht bekannt ist, ob er eine Ebola-Virus Infektion durchlaufen hat, aber Kontakt zu Erkrankten oder an Ebola-Virus Verstorbenen bestand und eine fieberhafte Erkrankung durchgemacht wurde, die nicht durch eine andere Ursache erklärbar ist, sollte ein positiver serologischer Befund von anti-Ebola-Virus Antikörpern als Zeichen der durchgemachten Infektion bewertet werden.

## Literaturverweise

Varkey et al, 2015 : Persistence of Ebola Virus in Ocular Fluid during Convalescence, NEJM, DOI: 10.1056/NEJMoa1500306

Kreuels B et al, 2014 : A Case of severe Ebola virus infection complicated by gram-negative septicemia. N Engl J Med. Oct 22

Rodriguez L, 1995 : Persistence and genetic stability of Ebola virus during the outbreak in Kikwit, Zaire 1995. J Infect Dis;179 (suppl 1):S170-6

Rowe AK et al. 1999: Clinical, virologic, and immunologic follow-up of convalescent Ebola hemorrhagic fever patients (...) J Infect Dis.;179 (suppl 1):S28-35.

Bausch DG et al, 2007: Assessment of the risk of Ebola virus transmission from bodily fluids and fomites. J Infect Dis.;196(Suppl. 2):S142-7.

Kibadi et al, 1999: Late ophtalmologic manifestations in survivors of the 1995 Ebola virus epidemic in Kikwit, DRC. J Infect Dis; 179: Suppl 1: S13-S14

Gear et al, 1975: Outbreak of Marburg virus disease in Johannesburg. Br Med J; 4:489-93.

Kuming BS et al, 1977: Uveal involvement in Marburg virus disease. Br J Ophtalmol;61:265-6

Gelder 2015: <http://ophthalmologytimes.modernmedicine.com/ophthalmologytimes/news/ebola-warning-ophthalmologists?page=full>, aufgerufen 16.6.2015 um 11:08 Uhr